فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۵

اداره ســندرم میــن یــا ســندرم مفصــل توراکولومبار(گــزارش مــوردی)

علی نقره کار*[۱]، محمودرضا آل بویه[۲]، سعیدرضا انتظاری[۳]، مریم ظفرقندی[۱]

۱. متخصص بیهوشی، فلوشیپ درد، کلینیک درد شفا
۲. دانشیار بیهوشی، فلوشیپ درد، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳. استادیار بیهوشی، فلوشیپ درد، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینــه و هــدف: سـندرم میـن یـا سـندرم مفصـل توراکولومبار(پشـتی-کمری) بیمـاری نسـبتا شـایع، بـا تشـخیص آسـان براسـاس علایـم بالینـی و معاینـه می‌باشـد کـه درمان‌هـای موجـود بـرای آن بسـیار موثـر می‌باشـد. امـا بدلیـل عـدم وجـود مشـخصه تصویربـرداری در بعضـی از ایـن بیمـاران و نرمـال بـودن پاراکلینیـک، تشـخیص صحیـح اغلـب از نظـر پزشـک دور می‌مانـد. گاهـی علایـم بیمـاری برخـلاف نرمـال بـودن تصویربـرداری و نـوار عصـب و عضلـه بسـیار شـدید اسـت و تشـخیص سـریع در کاهـش درد بیمـار از عـوارض بعـدی جلوگیـری می‌کنـد.

معرفــی بیمــار: خانـم ۴۷ سـاله بـا شـکایت دردکمـر و باسـن و قسـمت جانبـی قدامـی ران پـا از یکسـال قبـل بـه کلینیـک درد مراجعـه کردنـد. کـه در نهایـت بـا تشـخیص سـندرم میـن تحـت بلـوک شـاخه لتـرال دورسـال رامـوس ریشـه عصبـی پشـتی یازدهـم و دوازدهـم قـرار گرفـت و بهبـود یافـت.

نتیجه‌گیــری: سـندرم میـن از جملـه بیماری‌هایـی اسـت کـه عـلاوه بـر دردهـای شـدید بیمـار در سـه منطقه(معمـولا پاییـن تـر از سـطح درگیـر) گفتـه شـده و بـا الگـوی تقریبـا مشـخص وجـود دارد، ممکـن اسـت علایـم مشـخصه خـاص آزمایشـگاهی، تصویربـرداری ویـا نـوار عصـب و عضلـه مشـکل عمـده ای یافـت نشـود، بنابرایـن پزشـک را در تشـخیص سـردرگم کنـد.

واژه‌های کلیدی: سندرم مین، سندرم مفصل توراکو لومبار، مفصل فاست، درد سوزشی ناحیه جانبی ران، درد باسن

مقدمه

سـندرم میـن بـا اسـامی سـندرم مفصـل توراکـو لومباریـا سـندرم شـاخه خلفـی نیـز شـناخته می‌شـود کـه بـا دردهـای ارجاعـی کـه منشـا آن از محـل اتصـال مهـره پشـتی-کمری اسـت (یعنـی از مهـره ۱۲ پشـتی و مهـره اول و دوم کمـری) بـروز می‌کنـد[۱]. ایـن سـندرم را اولیـن بـار آقـای میـن معرفـی کـرد کـه شـامل علایـم زیـر می‌باشد[۲].(شـکل ۱)

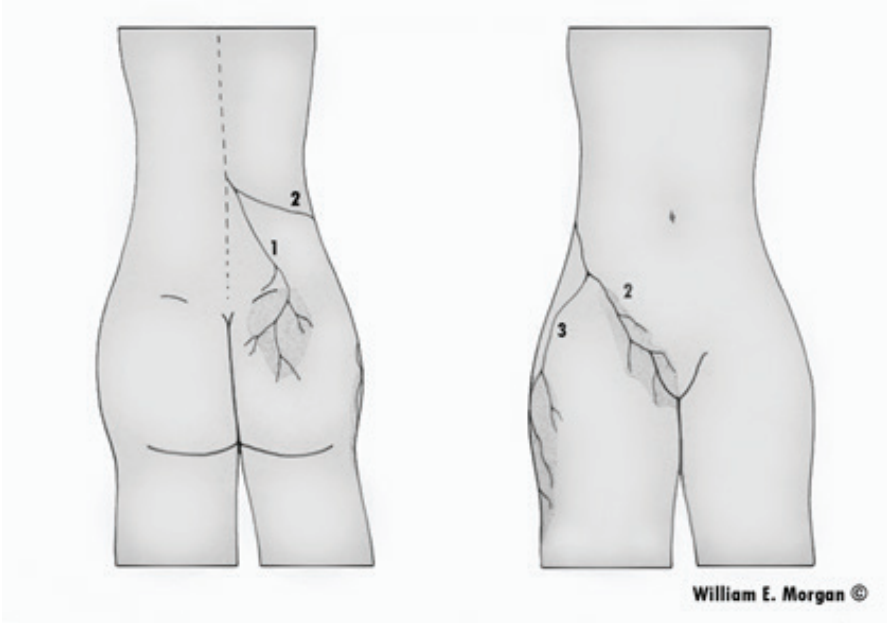
۱- درد ناحیـه پاییـن کمـر اغلـب به‌صـورت یکطرفـه و معمـولا بـر روی تیغـه سـاکروم و یـا در محـل اتصـال مفصـل سـاکروایلیاک

۲- درد ناحیه کشاله ران یا بیضه و گاهی زیر شکم

۳- درد ناحیه جانبی ران

نویسنده مسئول: علی نقره کار، متخصص بیهوشی، فلوشیپ درد، کلینیک درد شفا
پست الکترونیک: drnoghrekat@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]



شکل ۱

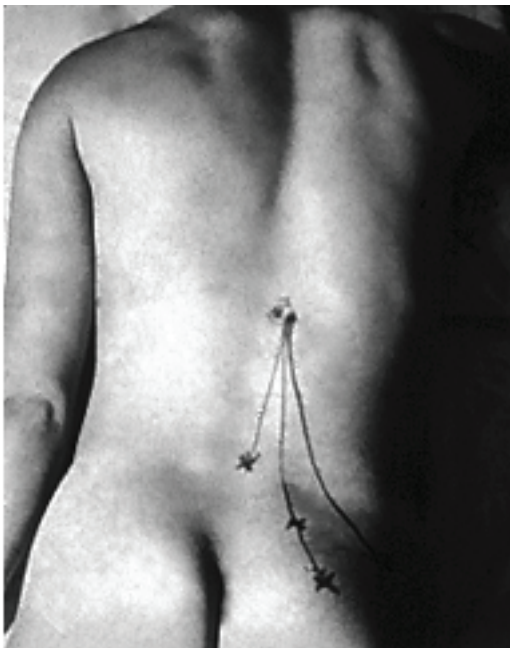
اصولا ۱۵-۲۵ ٪ از دردهاای ناحیه پشت باسن که بر روی تیغه استخوان لگن احساس می‌شود بدلیل آسیب‌هایی چون شکستگی یا تغییرات آرتروزی بوده که اغلب این دردها با دردهای قسمت پایین کمر که از ناحیه لگن منشا می‌گیرند اشتباه می‌شود.[۳]

اغلب موارد درد یکطرفه بوده و با چرخش و به پشت خم شدن درد تشدید می‌شود. درد ممکن است به کمر یا باسن همان سمت تیر بکشد(شکل۲)

گاهی علایم بیماری برخلاف نرمال بودن تصویر برداری و نوار عصب و عضله بسیار شدید است و تشخیص سریع در کاهش درد بیمار از عوارض بعدی جلوگیری می‌کند.

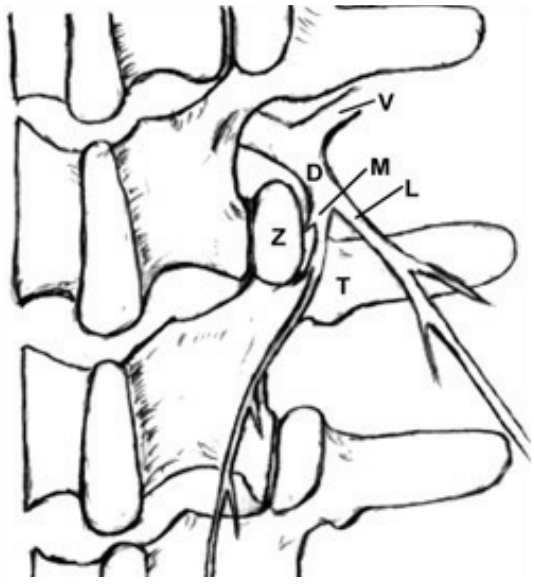
از نظر آناتومیک راموس خلفی ریشه‌های عصبی نواحی پشتی دوازدهم و اول کمری شاخه های پوستی می‌دهد که در سه ناحیه کشاله ران، باسن، و پوست جانبی–خارجی ران پا عصب‌دهی می‌کنند[۱۵]. اصولا آناتومی راموس خلفی ریشه‌های عصبی نواحی پشتی به خوبی شناسایی شدند. بطور معمول راموس خلفی از ریشه عصبی‌ای که از سوراخ بین مهره‌ای خارج می‌شود جدا شده و به سمت خلف و کودال می‌رود. تقریبا ۵ تا ۱۰ میلی‌متر از مبدا خود به دوشاخه داخلی(مدین) و خارجی(لترال) تقسیم می‌شود(شکل۳).

هر دو شاخه حامل فیبرهای حسی و حرکتی هستند. شاخه مدیال بافت‌های خط وسط تا خط مفاصل فاست را عصبدهی می‌کنند و شاخه خارجی بافت‌های لترال به



شکل ۲

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]



شکل ۳

خط مفصل فاست را عصب‌دهی می‌کند.[۱۶،۱۷]

در این بیماری (درگیری راموس خلفی)، ممکن است بیمار دردهای نوروپاتیک در این نواحی داشته باشد و درد بیمار با تحریک و لمس مفاصل فاست این نواحی (مهره‌های پشتی دوازدهم و اول کمری) تحریک می‌شود. معمولا درد بیمار یکطرفه بوده واصولا به زیر زانو انتشار نمی‌یابد.

در این بیماری نشانه‌های تصویربرداری مانند؛ ام آر آی، سی تی اسکن، میلو گرافی و غیره، غیر اختصاصی بوده و ممکن است نرمال باشد.

معرفی بیمار

خانم ۴۷ ساله با شکایت دردکمر و باسن و قسمت جانبی قدامی ران پا از یکسال قبل به کلینیک درد مراجعه کردند. در سابقه خود بیماری خاصی را ذکر نمی‌کند، اما بیمار از تغییرات خلقی، استرس و افسردگی خفیف شکایت داشته است. بیمار اختلالات خواب را ذکر می‌کند که بدلیل درد ناشی از پشت و باسن بوده است. بیمار احساس ضعف و خستگی و کم اشتهایی نیز داشته است. بیمار سابقه این دردها را از یکسال قبل ذکر می‌کند که از حدود سه ماه قبل تشدید یافته است. مقیاس دیداری درد در بیمار ۸-۱۰ بوده که بیشترین درد و سوزش را در ناحیه باسن ذکر می‌کرد. نواحی درد در بیمار بیشتر در پشت باسن راست، قسمت خارجی ران پای راست بوده و بیمار گاهی سابقه سوزش و درد در جدار خارجی واژن و دردهای کشاله ران داشته است. بیمار سابقه مراجعات مکرر به متخصص زنان برای رفع مشکل سوزش ناحیه جدار جانبی واژن داشته و با احتمال عفونت در دوره‌های مختلف تحت درمان انواع آنتی بیوتیک‌ها بوده است. بیمار سابقه ضربه به ستون فقرات، بیماری مادرزادی ستون فقرات در خود یا خانواده ذکر نمی‌کند. در تست‌های آزمایشگاهی، اختلالات روماتولوژیک و التهابی، مشکلات تیرویید و غیره مشاهده نشد. در پاراکلینیک در عکس ساده کمر و لگن نکته پاتولوزیک مشاهده نشد.

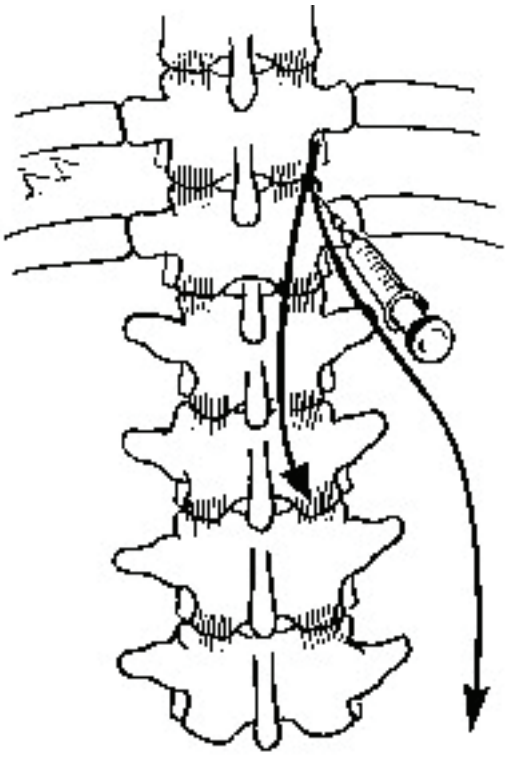
در ام آر آی ناحیه توراسیک و کمر به جز بالجینک(بیرون زدگی خفیف) دیسک بین مهره‌ای چهار و پنج کمری نکته‌ای مشاهده نشد. نوار عصب و عضله نرمال بود .در معاینه فیزیکی، احساس هیپرستزی (افزایش حس و حساسیت) و تندرنس پوست باسن و قسمت جانبی ران راست مشاهده شد. لازک منفی، اما در لمس مفاصل فاست (اسپیرینجینگ) ناحیه مهره دوازده پشتی و اول کمری در سمت راست مثبت بود. بیمار تندرنس زائدهخاری مهره یازده و دوازده پشتی داشت. بیمار برای درمان درد، بیست جلسه فیزیوتراپی، سی و پنج جلسه کایرو پرکتیک و آبدرمانی انجام داد که تاثیری نداشت و در مواردی موجب افزایش درد بیمار شد.

با توجه به شرح حال و معاینه، تشخیص سندرم مین یا سندرم مفصل توراکولومبار داده شد و بیمار کاندید بلوک شاخه لترال دورسال راموس ریشه‌های عصبی پشتی یازدهم و دوازدهم گردید (در سطح مهره پشتی دوازده و اول کمری) با توجه به اینکه شاخه جانبی و داخلی دورسال راموس به فاصله نزدیکی از هم قرار دارند و در تزریق ماده بی‌حسی برای بلوک عصبی دارو به اطراف پخش می‌شود، تکنیکی مشابه بلوک شاخه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

مدیـال دورسـال رامـوس بـکار گرفتـه شـد به‌طوریکـه بیمـار ابتـدا به‌صـورت دمـر بـر روی تخـت اتـاق عمـل دراز کشـید و زیـر سـینه بیمـار بالشـتکی قـرار داده شـد. بـرای بیمـار رگ محیطـی بـا آنژیوکـت آبـی برقـرار گردیـد. بیمـار تحـت مانیتورینـگ نـوار قلبـی، فشـار خـون و بررسـی میزان اکسـیژن خـون شـریانی قـرار گرفـت. سـپس محـل مـورد نظـر پـرپ و درپ (ضـد عفونـی) شـد. بعـد از انجـام پـرپ و درپ(ضـد عفونـی) در شـرایط کامـلا اسـتریل، در نمـای قدامـی- خلفـی فلوروسـکوپ مهـره پشـتی دوازدهـم مشـخص شـد (آخریـن مهـره‌ای کـه دنـده از آن خـارج می‌شـود) وبعـد از سـفال – کـودال کـردن فلوروسـکوپ جهـت روی هـم افتـادن سـطح تحتانـی مهـره، فلوروسـکوپ را حـدود ۲۵ درجـه مایـل کـرده تـا سـگ اسـکاتلندی در ایـن نمـا مشـخص شـود. سـپس در محـل تلاقـی زائـده مفصلـی فوقانـی و زائـده عرضـی مهـره مسـیر پوسـت بـا لیدوکایییـن ۱٪ بی‌حـس شـد. سـپس بوسـیله سـوزن اسـپاینال ۲۲ بـا دیـد تونلـی بـه محـل تلاقـی زائـده مفصلـی فوقانـی و زائـده عرضـی مهـره وارد شـدیم تـا سـوزن بـه اسـتخوان محـل تلاقـی تمـاس پیـدا کـرد (ایـن محلـی اسـت کـه شـاخه مدیـال دورسـال رامـوس از آن می‌گـذرد و شـاخه جانبـی چنـد میلی‌متـر لتـرال تـر قـرار دارد امـا بـا تزریـق دارو در ایـن ناحیـه دارو بـه شـاخه لتـرال و حتـی خـود دورسـال رامـوس هـم پخـش می‌شـود)، بعـد از آن محـل سـوزن بـا تزریـق ۱ سـی سـی مـاده حاجـب در نمـای خلفی-قدامـی و جانبـی چـک شـد، بعـد از آسـپیراسـیون منفـی ۴ سـی سـی بوپیواکاییـن ۰/۲٪ (مـرک فرانسـه) بـه همـراه ۱۵ میلی‌گـرم تریامسـینولون(هگزال- آلمـان) تزریـق گردیـد. (شـکل۴).

همیـن تکنیـک بـرای بلـوک شـاخه لتـرال دورسـال رامـوس پشـتی دوازده، درمحـاذات مهـره کمـری اول انجـام شـد. بعـد از انجـام بلـوک بـر روی تخـت اتـاق عمـل دردهـای بیمـار کامـلا تخفیـف یافـت و تسـت اسـپیرینجینگ مربـوط بـه مفاصـل فاسـت و حسـایت پوسـتی در نواحـی یـاد شـده از بیـن رفـت. بـا از بیـن رفتـن علایـم و دردهـای بیمـار بـر روی تخـت اتـاق عمـل پروسـه بـه اتمـام رسـید. و بیمـار بـه ریـکاوری منتقـل



شکل ۴

شـد.پس از سـی دقیقـه بیمـار تحـت نظـر قـرار گرفـت و درد بیمـار توسـط مقیـاس دیـداری درد مجـددا ارزیابـی شـد کـه بـه صفـر رسـیده بـود. بیمـار بـا حـال عمومـی خـوب و بـا علایـم حیاتـی کامـلا پایـدار بـه بخـش و بعـد از دو سـاعت ترخیـص گردیـد. در پیگیـری دو مـاه بعـد نمـره دیـداری درد ۱-۲، و پیگیـری شـش ماهـه نمـره دیـداری درد ۲-۳ می‌باشـد.

بحث

بیمـار خانـم ۴۷ سـاله کـه دردهـای قسـمت بـالای باسـن راسـت، بـه همـراه درد در قسـمت جانبـی ران و کشـاله ران و دیـواره جانبـی واژن داشـته کـه تصویـرداری، نـوار عصـب و عضلـه و بررسـی‌های مختلـف توجیـه کننـده علایـم نبودنـد. ایـن دردهـا بسـیار شـدید بـوده و زندگـی فـرد را مختـل کـرده بـود. مقیـاس دیـداری درد در ایـن فـرد ۸-۱۰ بـوده اسـت. اصـولا دردهـای کمـری می‌تواننـد علـل مختلفـی داشـته باشـند. از جملـه التهـاب، تغییـرات تخریبـی و بیماری‌هـای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

دیسک‌ها، تنگی کانال نخاعی، هرنی دیسک، جابه‌جایی مهره‌ها بر روی هم، پوکی استخوان و غیره، که قبل از هر کاری باید علت اصلی مشخص، و بیماری‌ها و مشکلات جدی رد شود[۴].

بطور مثال، در بیمار با سابقه ضربه یا پوکی استخوان، عکس ساده لگن و ستون فقرات می‌تواند در بررسی شکستگی‌ها و مشکلات جدی تر کمک کننده باشد. همچنین ام آر آی و سی تی اسکن در بررسی مشکلات ستون فقرات و دیسک‌های بیرون زده یا تنگی کانال نخاعی مفید باشد[۵].

اصولا در بررسی علل مختلف کمردرد از جمله درگیری‌های مفاصل فاست، معاینه فیزیکی مفیدتر از اقدامات پاراکلینیک است.

برای معاینه مفاصل فاست بر روی عضلات پاراورتبرال در محاذات همان سطح درگیر، تندرنس وجود دارد، گاهی نیز درد به سمت پایین در محل توزیع شاخه‌های مختلف عصب تیر می‌کشد[۶]. اولین بار آقای مین سندرم توراکولومبار را بصورت درد در تیغه استخوان لگن(بالای باسن) و تندرنس(حساسیت دردناک با فشار) بر روی مفصل توراکولومبار (محل اتصال آخرین مهره پشتی به اولین مهره کمری) معرفی کرده که در ۶۰٪ موارد همراه با ضایعه‌ای در ستون فقرات بوده است[۸،۷].

در اغلب بیماران، علایم زمانی بروز می‌کند که ضایعه در محل اتصال آخرین مهره پشتی به اولین مهره کمری یا همان مفصل توراکولومبار باشد، ولی گاهی علایم می‌توانند در ضایعات مفاصل بین پشتی یازده و دوازده و یا کمری اول و دوم هم باشد که می‌توانند علایم مشابهی بروز کند[۲].

در این بیمار، گمان می‌رود که عامل اصلی این مشکلات دژنراتیو در این مفاصل باشد که ممکن است در پاراکلینیک بطور اختصاصی مشخص نشود[۹].

از نظر آناتومیک شاخه خلفی ریشه‌های عصبی ناحیه توراکولومبار بافت زیر جلدی بالای باسن(اعصاب کلونئال) و پایین کمر[۱۰] و شاخه دیگر، ناحیه اینگوینال و شاخه سوم، قسمت جانبی ران (عصب زیر جلدی رانی جانبی) را عصبدهی می‌کنند[۱۱].(شکل ۱)

بنابراین بیماران ممکن است بطور کاذب از دردهای احشایی در قسمت پایین شکم، دردهای سیاتیکی، تندرنس ناحیه پوبیس و علایمی شبیه سندرم روده تحریک پذیر شکایت داشته باشند و موجب گمراه شدن پزشک در تشخیص شود[۸]. گاهی اوقات سندرم مین به مانیپولاسین پاسخ می‌دهد[۸] و درمان بیشتری غیر از آن لازم نیست. اما به هر حال باید اندیکاسیون‌ها و ممنوعیت‌های کاربرد مانیپولاسیون در نظر گرفته شود. در هر بیماری مانیپولاسین مناسب نبوده و حتی ممکن است خطرناک باشد. مخصوصا در بیماران با پوکی استخوان، که موجب شکستگی مهره‌ها و عوارض خطرناک و جبران ناپذیری می‌شود[۱]. در این موارد بدلیل خطرات مانیپولاسیون تزریق استرویید به‌طور مستقیم به داخل مفصل فاست درگیر مفید است[۱۲]. درد در ناحیه عصب کلونئال در بالای باسن اکثرا با بلوک مفاصل فاست بهبود می‌یابند اما در موارد مقاوم تزریق ماده بی‌حسی و استرویید به‌طور مستقیم بر روی نقطه دردناک در لبه استخوان لگن می‌تواند مفید باشد[۱۳].

گاهی در این بیماران درد ماهیت سمپاتیکی پیدا کرده و فرد بیمار ممکن است دردهای سوزشی به همراه آلودینی را تجربه کند به‌طوریکه درد بیمار با تماس لباس به سطح پوست، دچار دردهای سوزشی شود. در این بیماران بلوک اعصاب سمپاتیک کمری نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد[۱۴].

دورسال راموس و شاخه مدیال آن نزدیک مفاصل فاست قرار دارند، هر حالت غیر طبیعی ای در این مفاصل از قبیل مالفورماسیون مهره‌ها گرفتگی عضلات، تغییرات ساختمانی فاست از جمله لغزندگی، تغییرات تخریبی(دژنراتیو)، رشد استخوان زائد (پرولیفراسیون استخوانی)، ضخیم شدگی (هیپرتروفی) لیگامان‌ها و کپسول مفصلی یا شکستگی‌ها می‌توانند موجب تحریک دورسال راموس و شاخه‌های داخلی و خارجی آن شود[۱۸].

مطالعات بیومکانیک نشان دادند که به مفاصل فاست

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

قسمت بالایی کمر، فشار بیشتری نسبت به فاست‌های پایین کمری وارد می‌شود[۱۹].
درگیری شاخه دورسال یا شاخه لترال آن علایمی متفاوت با درگیری مفاصل فاست یا شاخه مدیال دارد. در درگیری فاست بیمار در همان سطح احساس درد دارد و بیشتر در مفاصل سوم تا پنجم کمری شایع است، اما در دردهایی که بواسطه درگیری شاخه دورسال است درد بر طبق توزیع آناتومیک عصب می‌تواند در دو یا سه سگمان پایین تر احساس شود.(جدول۱) [۲۰].

جدول۱: تفاوت کمردرد به دلیل درگیری شاخه دور سال با کمردرد به دلیل درگیری مفاصل فاست

	درد شاخه دورسال	درد سندرم مفاصل فاست
پاتوژنز	اختلال آناتومیک عصب (گیر افتادگی عصب)	اختلال در مفصل فاست (آرتروز، شکستگی)
درد	درد بر طبق توزیع آناتومیک عصب می‌تواند در دو یا سه سگمان پایین‌تر احساس شود. بیشتر در مهره‌های بالایی کمر است	در همان سطح احساس درد دارد و بیشتر در مفاصل سوم تا پنجم کمری شایع است
معاینه فیزیکی	برآمدگی خار پشتی (اسپاینوس پروسس)، افزایش فاصله بین خارهای پشتی، تندرنس (فشار دردناک) بر روی خارهای پشتی و محل مفاصل فاست در محل فشار و ارجاع به مناطق دردناک در نواحی پایین‌تر	تندرنس (فشار دردناک) در محل مفاصل فاست، تشدید درد با خم شدن به پشت
نوع تزریق تشخیصی	تنها یک تزریق در محل شاخه دورسال درگیر	یک یا چندین تزریق در مفاصل فاست
درمان قطعی	عصب‌کشی(نوروتومی) منفرد شاخه دورسال	عصب‌کشی (نوروتومی) یک یا چندین سطح از شاخه مدیال دورسال راموس

نتیجه‌گیری

بررسی شرح حال دقیق بیمار، به همراه معاینه فیزیکی، در مواردی که یافته‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری به ما کمک نمی‌کنند، بسیار مهم هستند. سندرم مین از جمله بیماری‌هایی است که علاوه بر ایجاد دردهای شدید در سه منطقه آناتومیک گفته شده و با الگوی تقریبا مشخص، ممکن است علایم مشخصه خاص آزمایشگاهی، تصویربرداری ویا در نوار عصب و عضله مشکل عمده ای یافت نشود، بنابراین پزشک را در تشخیص سردرگم کند

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

References

1. Soo-Ryu Kim, Min-Ji Lee, Seung-Jun Lee, Young-Sung Suh,corresponding author Dae-Hyun Kim, and Ji-Hee Hong. Thoracolumbar Junction Syndrome Causing Pain around Posterior Iliac Crest: A Case Report. Korean J Fam Med. 2013 Mar; 34(2): 152–155.
2. Maigne R. - Sémiologie des dérangements intervertèbraux mineurs. Ann. Med. Phys. 1972. 15, 277-289.
3. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduk N. The relative contributions of the disc and zygapophyseal. joint in chronic low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 1994;19:801–806
4. Cox JM. Low back pain: mechanism, diagnosis, and treatment. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990.
5. Pelz DM, Haddad RG. Radiologic investigation of low back pain. CMAJ.1989;140:289–295.
6. 6-Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. Am Fam Physician. 2000;61:1779–1786. 1789–1790
7. 7-Maigne R. Low back pain of thoracolumbar origin. Arch Phys Med Rehabil.1980;61:389–395.
8. 8- Maigne R. In: Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin. Choi H, translator. Seoul: Koonja Publishers; 2000.
9. 9- Liu HX, Shen Y, Shang P, Ma YX, Cheng XJ, Xu HZ. Asymmetric Facet Joint Osteoarthritis and Its Relationships to Facet Orientation, Facet Tropism, and Ligamentum Flavum Thickening. Clin Spine Surg. 2016 Nov;29(9):394-398.
10. 10- Maigne R. Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin: a manual medicine approach. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
11. 11- Maigne J.Y., Lazareth J.P., Guérin-Surville H., Maigne R. - The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. Surg. Radiol. Anat. 1986, 8, 251-256.
12. 12- Cho DI, Lee KT, Ahn KH, Kim HS, Yun DH, Huh KY, et al. Lumbar facet joint injection as a initial treatment option in acute low back pain.J Kyung Hee Univ Med Cent. 2007;23:30–35.
13. 13- Hwang YS, Oh KJ, Kim WS, Choe H. Pain around the posterior iliac crest of thoracolumbar origin. J Korean Pain Soc. 2000;13:111–114.
14. 14- Day M. Sympathetic blocks: the evidence. Pain Pract. 2008 Mar-Apr;8(2):98-109.
15. 15- Maigne JY, Lazareth JP, Surville HG, Maigne R. The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco-lumbar junction. Surg Radiol Anat. 1989 Dec 1;11(4):289-93.
16. 16- Shao ZH. [Posterior spinal rami in localization of low back pain]. Zhonghua wai ke za zhi [Chinese journal of surgery]. 1992 Apr; 30(4):205-6.
17. 17- Steinke H, Saito T, Miyaki T, Oi Y, Itoh M, Spanel-Borowski K. Anatomy of the human thoracolumbar Rami dorsales nervi spinalis. ANN ANAT Journal. 2009 Dec 31;191(4):408-16.
18. 18- Fortin JD. Thoracolumbar Syndrome in Athletes: A Case Report. Pain Physician. 2003 Jul;6(3):373-5.
19. 19- Lorenz M, Patwardhan A, Vanderby R Jr. Load-bearing characteristics of lumbar facets in normal and surgically altered spinal segments. Spine (Phila Pa 1976). 1983 Mar;8(2):122-30.
20. 20- Zhou L, Schneck CD, Shao Z. The anatomy of dorsal ramus nerves and its implications in lower back pain. Neurosci Med. 2012 Jun 1;3(2):192.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2016, Vol 7, NO 2

Management of Maigne's or Thoracolumbar syndrome: A case report

Ali Noghrekar[1*], Mahmoudreza Alebouyeh[2], Saeidreza Entezari[3], Maryam zafarghandi[1]

1. *Anesthesiologist, pain fellowship, Shafa pain clinic*
2. *Associate professor of Anesthesiology, pain fellowship, Hazrat-e-Rasoul Akram hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran*
3. *Assistant professor of Anesthesiology, pain fellowship, Hazrat-e-Rasoul Akram hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran*

ABSTRACT

Aims and Background: Maigne's or thoracolumbar syndrome is an almost common disease with simple diagnosis based on symptoms and corrects physical examination; besides there are very effective therapeutic methods available for this syndrome. However as there is no special radiologic sign and para-clinic data is normal in these patients, the diagnosis is usually challenging. Sometimes the patient's symptoms are very severe despite normal radiography and EMG-NCV findings; therefore early treatment prevents later complications.

Case report: A 47 year-old woman complaining of low Back pain, buttock pain, and anterolateral leg pain from a year ago was referred to pain clinic. After Maigne syndrome was diagnosed, Dorsal and Lateral rami block of 11th and 12th thoracic nerves was performed for her and she had pain relief.

Conclusion: Maigne's syndrome is among illnesses which does not have any specific radiologic or labarotory sign despite specific pain symptoms in the areas mentioned, so pain physicians may become confused encountering such patients.

Keywords: Maigne's syndrome, thoracolumbar syndrome, buttock pain, anterolateral leg pain

Please cite this paper as:

Corresponding Author: Ali Noghrekar, Anesthesiologist, pain fellowship, Shafa pain clinic
Email: drnoghrekar@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-28]